Comisión de Salud Pública
y Asistencia Social

Carpeta Nº 3390 de 2003

Versión Taquigráfica N° 1247 de 2007

DESFIBRILADORES EXTERNOS AUTOMÁTICOS

Se dispone su instalación en establecimientos públicos y privados con gran afluencia de público

Versión taquigráfica de la reunión realizada el día 19 de setiembre de 2007

(Sin corregir)

PRESIDE: Señor Representante José Quintín Olano Llano.

MIEMBROS: Señores Representantes Miguel Asqueta Sóñora, Albérico Sunes y Álvaro Vega Llanes.

DELEGADOS DE SECTOR: Señores Representantes Manuel María Barreiro y Carlos Maseda.

ASISTE: Señor Representante Luis Gallo Cantera.

INVITADO: Por el Ministerio de Salud Pública, señor Director General de Salud, doctor Jorge Basso.

SEÑOR PRESIDENTE (Olano Llano).- Habiendo número, está abierta la reunión.

La Comisión de Salud Pública y Asistencia Social tiene mucho gusto en recibir al Director General de Salud del Ministerio de Salud Pública, doctor Jorge Basso. Lo invitamos para que expusiera la opinión del Ministerio sobre el proyecto denominado: "Desfibriladores Externos Automáticos".

SEÑOR BASSO.- Es un gusto estar con ustedes.

Como es de conocimiento de los señores Diputados, la realidad epidemiológica de nuestro país es muy clara y terminante, en torno a la vinculación de un conjunto importante de enfermedades no trasmisibles con la principal carga de morbimortalidad. En realidad, las enfermedades no trasmisibles son una verdadera epidemia, en particular aquellas fuertemente vinculadas con los hábitos de vida de todos los uruguayos. Esos hábitos y costumbres determinan que una población como la nuestra, que tiene una tasa de envejecimiento importante, vaya incrementando el número de personas con factores de riesgo, que inexorablemente generará una carga de enfermedad, complicaciones de esa enfermedad y, finalmente, la mortalidad.

Esta problemática no es exclusiva de nuestro país, pero desde hace varios años este es, desde el punto de vista epidemiológico, nuestro principal problema. El Ministerio de Salud Pública ha venido potenciando, dentro del área de epidemiología, la unidad dedicada al control de las enfermedades no trasmisibles, a los efectos de llevar adelante un seguimiento, monitoreo y sistema de vigilancia -como es tradicional en estas enfermedades- que pueda colocar este punto en la agenda sanitaria, mostrando el impacto que tiene en la población el conjunto de esas enfermedades.

Sin duda, este es uno de los casos en que hay consenso entre todos los actores de la salud, en el sentido de que es nuestro principal problema. Se habla de que hay un 70% de carga de morbimortalidad y de que implica un 65% de los gastos de salud.

Al respecto, contextualizando el motivo concreto de nuestra invitación, quiero comentar en qué anda el Ministerio de Salud Pública con relación a este tema y cuáles son las perspectivas.

En enero de 2007 dimos a conocer la primera encuesta nacional de factores de riesgo en la población adulta, de 24 a 65 años; fue la primera encuesta de las tres Américas de carácter nacional, dado que existían otras, pero a nivel de ciudades del continente. Se realizó siguiendo las pautas de la Organización Mundial de la Salud; se hicieron adaptaciones a la encuesta que tenía esta Organización para adecuarla a la realidad nacional. Por ese motivo, tiene la virtud de ser comparable con otros países. Básicamente, se identificaba un conjunto de factores de riesgo, algunos muy conocidos -como la hipertensión, el colesterol y los hábitos alimentarios, el estrés, el sedentarismo, la falta de actividad física-, incorporando el control de la creatinina, para ver la funcionalidad renal, y medidas antropométricas, para valorar el índice de masa corporal.

Es una encuesta que se llama "step" -tiene distintos pasos-; tiene ochenta preguntas iniciales, sigue con las medidas antropométricas y termina con estudios de algunos indicadores en sangre.

La evaluación de esta encuesta nacional demostró -está en la página web del Ministerio de Salud Pública- que el 99% de los adultos de este país tiene factores de riesgo -99%-, y que los indicadores más conocidos, sobre la hipertensión, el tabaquismo y el sedentarismo, todos superan el tercio de la población, inclusive llegando, en el caso de la obesidad y sobrepeso, al 52% de la población.

Esa es la realidad que tenemos. Si no la cambiamos de alguna manera, no vamos a poder resolver los problemas de salud, por mejor equipamiento y recursos humanos que tengamos desde el punto de vista sanitario. Debe ser una política de Estado, intersectorial, trabajando sobre lo que habitualmente llamamos "educación para la salud", desde la escuela, desde las edades iniciales para modificar las costumbres que los uruguayos, cuando somos adultos, continuamos y perpetuamos con nuestra familia.

Esa es la realidad, sobre la que hemos ido trabajando; los señores Diputados conocen las actividades realizadas respecto del tabaquismo, lo que se ha empezado a hacer con las guías alimentarias en todo el país y lo que se viene haciendo con el Ministerio de Turismo y Deporte, a efectos de comenzar a incidir para modificar estos indicadores. Seguramente, llevará tiempo, pero es un camino cierto.

¿Cómo pensamos que el Sistema Nacional de Salud puede ayudar al respecto? Esta reforma sanitaria que se viene impulsando tiene como uno de sus objetivos principales los asuntos sanitarios. Una de sus principales estrategias es vincular el financiamiento con los objetivos sanitarios. En definitiva, se trata de ver cómo las diferentes instituciones de salud son estimuladas o desestimuladas económicamente, en la medida en que desarrollen determinados programas de salud.

A ese respecto, en el año 2007 se ha comenzado con una serie de indicadores para el programa de atención al niño y el de atención a la mujer, como saben los señores Diputados. En una primera etapa se construyen líneas de base según la realidad de cada institución en el país, privada o pública, sobre cómo llevan estos temas, con los indicadores clásicos, a los que se han incorporado algunos aspectos novedosos, como el control de cáncer genitomamario, la accesibilidad a métodos anticonceptivos, el control de la violencia de género. Es decir, indicadores nuevos que se suman a los clásicos indicadores del adulto y del niño.

Quiero comentar que para el año 2008 tenemos un plan que hemos denominado "Previniendo"; habrá un primer trabajo en tres departamentos del interior, que tiene que ver con el programa de atención al adulto. Las instituciones de esos tres departamentos -tanto privadas como públicas- tendrán un estímulo económico para

el seguimiento de un plan dirigido a los temas de los que estamos hablando, como factores de riesgo y principales enfermedades crónicas.

Antes de que me lo pregunten, señalo que los tres departamentos en los que pensamos instrumentar esto son Río Negro, Tacuarembó y Treinta y Tres.

SEÑOR PRESIDENTE.- Felicito la iniciativa.

SEÑOR BASSO.- La idea es ver cómo a partir de esta primera experiencia y con algunos indicadores clásicos podemos estimular a las instituciones de salud para que apliquen un programa de atención al adulto, que se está consensuando, haciendo el seguimiento y control de todos sus usuarios en su cumplimiento. Analizamos cómo lograr, sobre la base de los actuales indicadores, ir cambiando algunos hábitos y costumbres de nuestra población. Precisamente, para ello vamos a estimular económicamente a las instituciones públicas y privadas, de manera que logren generar los indicadores - por lo tanto, un sistema de información de todos los usuarios, lo que es fácil decir, pero no construir- y desarrollar un plan a través del control de la presión arterial, de la medicación adecuada, del acceso a la medicación, de la promoción de la actividad física, del fomento de la alimentación saludable ajustada a la realidad económica de cada familia.

Se pretende incidir para que las instituciones de salud se preocupen de la población que tienen con cobertura, sin perjuicio de estar instalada en las distintas estructuras asistenciales de los diferentes niveles de atención, para tener un mecanismo de ida y vuelta, de referencia y contrarreferencia, de seguimiento de sus usuarios, independientemente de que consulten. De esa manera, podremos verificar si se producen algunos cambios de comportamiento.

En realidad, estos sistemas están todos inventados, no descubrimos la pólvora. En muchos países donde existe el sistema se hace esto. Pero quiero llamar la atención de que la estrategia para desarrollarlo implica - reitero- ligar progresivamente el financiamiento con la performance de las instituciones en el cumplimiento de los programas. Este es un tema del que, generalmente, se habla poco, pero queremos incorporarlo al análisis a partir de esto, porque creemos que iniciativas como la que vamos a comentar ahora y otras están vinculadas necesariamente con un programa de atención que dé integralidad a las acciones, continuidad y universalidad, de forma tal de asegurar el impacto en la población y, sobre todo, el impacto epidemiológico.

Luego de esta introducción y yendo al tema concreto, quiero comentar que los desfibriladores externos automáticos instalados en determinados espacios públicos masivos son una realidad que se conoce a nivel internacional, pues existen experiencias en varios países. Nosotros hemos estudiado cómo funcionan en esos lugares y en qué contexto esos desfibriladores pueden cumplir el objetivo que esta ley aspira alcanzar. A esos efectos nos hicimos siete preguntas que tratan de ser orientadoras en cuanto al contexto necesario para que esto funcione bien.

La primera pregunta sería si estos desfibriladores externos automáticos son efectivos. La información proviene de la American Heart Association, que ha hecho fuertes investigaciones sobre este equipamiento, y establece como recomendación que para implantar un sistema de desfibriladores externos automáticos comunitarios se debe contar, primero, con una respuesta planificada y ensayada, habitualmente supervisada por un proveedor sanitario. Es decir que este componente debe estar enmarcado en un programa continuo en el sentido de que, además de estar colocados en lugares estratégicos, rápidamente accesibles, puedan ser empleados por gente entrenada en su uso y en reanimación cardiopulmonar. Deben ser parte de un sistema de respuesta de emergencia que incluya aspectos de continuidad, a partir de la reanimación "in situ", en una respuesta integrada a la red de atención.

Nos parece que es fácilmente comprensible, y seguramente está en el espíritu del proyecto, el hecho de que estos equipos sean parte de una respuesta de emergencia integral. Es decir que deben resolver el problema en su momento, pero además estar articulados para la continuidad de la atención.

Hay un aspecto clave que establece el proyecto de ley, el del personal entrenado, y luego haremos algún comentario al respecto.

La segunda pregunta que nos hacemos es cuáles son los riesgos de implantar estos equipos. Son riesgos que de alguna forma están estudiados e inclusive hay publicaciones; traje algunas referencias bibliográficas, pero voy a referirme a un estudio que va desde enero de 1996 a diciembre de 2005, a partir de una observación de estos equipos, que mostró que existe un porcentaje conocido de "recall", es decir de cambios de equipos, por fallas.

Como cualquier tecnología, eso está instrumentado en nuestro país, lo que se ha hecho recientemente; inclusive habrán visto alguna referencia en prensa en este sentido. Esto tiene que ver con asegurar que para todos los equipos de uso humano y que pueden ser externos o internos -es decir, todos los implantes de tecnología en particular, pero también los equipos externos-, haya un claro seguimiento en cuánto a qué personas los tienen, en qué lugares están, quiénes son los que realizan su mantenimiento, etcétera. Esos datos no existían en el Ministerio; este no tenía una vigilancia de los sistemas de mantenimiento de todo el equipamiento médico. Como ustedes se imaginan, el volumen de equipo médico y su sofisticación requiere determinado tipo de habilitación de quienes hacen el mantenimiento, como garantía de que el mismo se cumpla en tiempo y forma.

Ahora tenemos un relevamiento, se debe habilitar a las empresas o técnicos que hacen el mantenimiento. Y se ha comenzado -particularmente con el Fondo Nacional de Recursos, que tiene buena parte de la tecnología con estas características, pero también con el resto de las instituciones- un sistema de tecnovigilancia que da cuenta no solamente de la habilitación de los equipos sino, además, de las alertas vinculadas a la tecnovigilancia. Como sabrán, este es un tema mundial y cada tanto aparece un alerta a nivel internacional -es muy frecuente en algunos equipos cardiológicos- por la que se identifica cuáles son las personas vinculadas a ese equipamiento y las empresas responsables tienen que hacer el cambio correspondiente; si se constata una falla estadísticamente significativa se hace la alerta.

Ese sistema también debe funcionar bien para este caso y quería comentar que el Ministerio ya lo tiene implantado, por lo que en ese aspecto estaríamos en condiciones de resolverlo adecuadamente. La cifra que tengo indica que hay un 21% de "recall" -un porcentaje significativo- de estos desfibriladores, que en todo el mundo requieren recambios; son datos internacionales. Por lo tanto, tiene que haber un mecanismo importante de vigilancia de esos equipos para asegurar que cuando se quieran utilizar la respuesta sea la adecuada. Ese es un tema muy estudiado a nivel mundial.

La tercera pregunta es sobre la efectividad. También hay mucho trabajo al respecto y en respuesta diría que los desfibriladores resultan costo-efectivos donde existe alta concentración de gente y los tiempos de respuesta ante un paro cardíaco son cortos.

El mes pasado hubo un congreso de cardiología en Copenhague, Dinamarca, y se habló de este tema. Inclusive se presentaron varios trabajos acerca de cuáles son los lugares en los que más frecuentemente se producen los paros cardíacos. En nuestro medio el Ministerio está comenzando un trabajo al respecto y la extensión que han tenido los sistemas de emergencia móvil permite acumular información. Por lo tanto, seguramente dentro de pocas semanas vamos a tener algún estudio al respecto. La información preliminar demuestra que los paros cardíacos se darían mayoritariamente en las residencias de las personas, pero eso será verificado. De cualquier manera eso no obsta a que los desfibriladores sean costo-efectivos donde haya un número importante de personas y haya un acceso a ellos en corto tiempo; reitero que así lo dicen los estudios internacionales.

Como ustedes saben y mencionábamos al principio, los factores de riesgo y la realidad sanitaria son muy fuertes, dado que en nuestra población el paro cardíaco, en un porcentaje significativo de casos, es el debut de una enfermedad cardíaca. De alguna manera, un porcentaje muy alto de la población debuta con un paro cardíaco sin conocer sus antecedentes o su situación de enfermedad cardíaca o hipertensiva.

Por lo tanto, reitero lo del inicio: la clave sigue siendo poder identificar con precisión y asegurar el control y seguimiento de las personas que tienen estos antecedentes o patologías instaladas y tratar de minimizar sus impactos.

Hay algunos estudios sobre la hipertensión, y del cien por ciento de hipertensos, la población bien tratada y controlada no llega al 15%. Es decir que tenemos mucho por hacer en el sistema sanitario.

Por lo tanto, el tema del costo-efectividad está estudiado a nivel mundial y estaría en consonancia con el proyecto.

La cuarta pregunta es dónde deben localizarse y tiene que ver con la anterior. La localización de los equipos debe ser estudiada en base a su costo-efectividad. Un estudio bastante reciente hecho en los Estados Unidos, establece un conjunto importante de lugares donde localizar un equipo de este tenor y analiza, lugar por lugar, el costo-efectividad. En primer lugar, según el costo-efectividad, aparecen los aeropuertos, y en los últimos meses contamos con uno en ese ámbito, que se instaló a partir de una donación. También figuran los shoppings importantes, los puertos, los lugares deportivos e, inclusive, algunas terminales de trenes, en el caso de los Estados Unidos.

La quinta pregunta es quién puede manejar estos equipos. Hay un estudio que demostró que en un lugar público, realizadas campañas de sensibilización y recordación mediante videos, etcétera, pueden ser empleados por cualquier persona. Este estudio se hizo sobre la base de lo que ocurría en un aeropuerto y demostró que, indudablemente, la clave del manejo de estos equipos, en principio, no está en el "expertisaje" propio de la persona sino en la sistematización de la campaña de entrenamiento. Quiere decir que, en realidad, la clave del buen uso de este equipamiento es que se hagan actividades de capacitación y que estas se recuerden, o sea que se trata de entrenamiento y de recordatorio. En ese sentido, nos parece muy importante que haya un reciclaje de la capacitación de quienes manejan los desfibriladores, apuntando a su adecuado uso.

La sexta pregunta es qué mantenimiento y control requieren. Acerca de esto no hay demasiada información, pero, tratándose de un dispositivo médico de alta complejidad, naturalmente debe sistematizarse un control que implique una verificación periódica del aparato -incluyendo el visor, la batería, las paletas, etcétera-, a cargo de una persona habilitada ante el Ministerio y que tenga pruebas de su "expertisaje", de su idoneidad. Además, debe existir una norma que establezca el procedimiento, la forma en que debe realizarse y cada cuánto tiempo, cómo proceder en caso de que se detecten fallas y dónde y cómo registrar los controles rutinarios y los eventos fuera de lo rutinario.

La última pregunta que nos planteamos es sobre una situación que, por suerte, no se da mucho en nuestro medio, pero como tema está bastante generalizado; es la posibilidad de que se generen problemas legales vinculados con este asunto. En realidad, hay abundante referencia bibliográfica que indica que en muchas oportunidades se inician acciones legales, ya sea por fallas cuando el aparato fue a utilizarse, o porque los familiares de una persona entienden que no fue debidamente empleado. Estas son cuestiones que también están referidas en la literatura médica.

En resumidas cuentas, comenzamos poniendo énfasis en que las enfermedades crónicas, particularmente las enfermedades cardiovasculares, las cerebrovasculares y la hipertensión, deben ser motivo de un plan de atención integral al adulto. También destacamos que estamos trabajando para generar estímulos, por ejemplo para el financiamiento de seguros de salud para las instituciones, a efectos de producir cambios positivos en el famoso modelo de atención, tratando de que sea integral, de que haya una continuidad y que las instituciones adopten una actitud proactiva para el cambio de hábitos y conductas que son los que, a través de los factores de riesgo, generan la carga de enfermedad. Ya tenemos planes a corto, mediano y largo plazo y, en ese contexto, en la medida en que los desfibriladores externos automáticos estén adecuadamente integrados a una red de emergencia, sean accesibles, estén bajo tecnovigilancia, y estén manejados por personal entrenado, a nivel internacional han demostrado un costo-efectividad adecuado.

Todo hace pensar que si hacemos las cosas bien -como estamos convencidos de que podemos hacerlas-, la instalación de estos equipos en lugares de alta concentración de público -ya se han puesto en el aeropuerto, en el puerto y en el Estadio Centenario- puede proporcionar una respuesta integral a la falla cardíaca y reanimación adecuada a las personas que debutan, o tienen una complicación de su enfermedad cardíaca conocida.

Este es el informe que quería transmitirles.

SEÑOR GALLO CANTERA.- En primer lugar, quiero saludar al doctor Basso y agradecerle la exposición y el estudio, que han demostrado, punto por punto, los costos y los beneficios de este proyecto relativo a desfibriladores externos automáticos.

Estamos convencidos de que esto tiene que estar integrado a un sistema. En cuanto al cambio del modelo asistencial, creemos que la promoción de la salud, el cambio de hábitos y costumbres y el tratamiento de las enfermedades cardiovasculares -de la hipertensión, el colesterol, la diabetes, etcétera-, será lo que significativamente bajará la mortalidad y la prevalencia de las enfermedades cardiovasculares y del paro cardiorrespiratorio.

Voy a aclarar algo porque en la Comisión tenemos compañeros que no son médicos: esto no soluciona todos los paros cardíacos; resuelve solo los paros cardíacos que son producidos por una desfibrilación ventricular. Hay dos tipos de paros cardíacos: los que se producen en asístole y los que se producen por desfibrilación. Los que vamos a atacar con esto son los más frecuentes, que son los provocados por desfibrilación. Pero, como bien decía el doctor Basso, de nada sirve tener montado un aparato adecuado y contar con personal capacitado que lo haga funcionar, si después no tenemos la respuesta adecuada de una emergencia móvil que traslade al paciente y continúe su atención.

Creo que este proyecto de ley, como todos, es modificable; por eso voy a plantear algunas correcciones. En el artículo 4º se hace referencia a que los funcionarios tomarán cursos de resucitación cardiopulmonar básica y avanzada, con programas acreditados internacionalmente; pero el personal idóneo que trabajará en esta materia hará cursos de resucitación cardiopulmonar básica. Los cursos avanzados son para médicos; la resucitación cardiovascular con intubación endotraqueal, con drogas, etcétera, es realizada por médicos. Los funcionarios que van a manejar el aparato solo tendrán que colocarlo y el desfibrilador hará el diagnóstico y desfibrilará. Lo demás pasa por tener una rápida respuesta de una emergencia móvil que asista a continuar la reanimación, porque si dejamos al paciente sin atención, puede entrar en desfibrilaciones continuas y no recuperarse.

Creemos que la relación costo-efectividad es adecuada; la hemos estudiado y pensamos que en lugares grandes, de más de mil metros cuadrados de superficie, con gran cantidad de personas, esto es efectivo.

Con respecto a los temas legales tuvimos algunas inquietudes; por ejemplo, a quién corresponde la responsabilidad si el aparato no funciona en el caso de una demanda civil. Por lo que sabemos, la demanda por mala praxis corresponde a los médicos, no al personal no médico; pero es un tema que la Comisión tendrá que estudiar un poco más a fondo y quizás también convendría invitar a algún jurista para que nos ilustrara al respecto.

Estamos contentos de que el proyecto le haya gustado y de que tengamos un aval para seguir trabajando en este sentido.

SEÑOR ASQUETA SÓÑORA.- Antes que nada quiero saludar al Director General de la Salud, doctor Basso.

No voy a agregar nada en cuanto a aspectos técnicos, en primer lugar, porque recién empezamos a analizar este proyecto y no he estudiado todos los datos epidemiológicos, la casuística y lo científico que ha aportado el doctor Basso, en los cuales confío. Además, es bueno expresar que con el doctor Basso nos une una particular preocupación por los factores de riesgo, como la obesidad, la hipertensión, el tabaquismo, la diabetes y otros, ante esta epidemia del siglo XXI que son las enfermedades cardiovasculares tomadas en su conjunto. Desde su Dirección, él pone especial énfasis en trabajar los aspectos de promoción de la salud y prevención de las enfermedades

En este caso, estamos hablando de un proyecto por el cual se pondría a disposición de la sociedad en su conjunto tecnología moderna; aunque no es un elemento tan nuevo, para nuestro país constituiría una innovación.

Comparto la preocupación del señor Diputado Gallo Cantera en cuanto a lo que establece el artículo 4º, respecto de lo cual esta Comisión deberá asesorarse y discutir.

En cuanto a los costos de la capacitación, creemos que los entrenamientos y cursos no solo deben ser aceptados por el Ministerio, sino que este también tendría que ver la forma de brindarlos gratuitamente, porque no resultarían gratis para una empresa determinada sino para la sociedad en su conjunto.

En ese sentido, recientemente, por la prensa y por comunicaciones del Ministerio nos enteramos de la culminación de cursos para educadores comunitarios en salud. En mi pueblo, algunos amigos y vecinos estaban muy contentos por sentirse útiles a la sociedad al capacitarse en educación comunitaria en salud, lo que, en lo personal, creo que es fundamental; de lo contrario, nada va a cambiar. Con reformas legislativas, con planes y proyectos no se puede cambiar nada si la sociedad civil no es incluida en esos procesos como protagonista, no como espectadora. Obviamente, el Ministerio debe haber gastado dinero en esto, aunque, a mi juicio, lo que hizo fue invertirlo en la formación de educadores comunitarios en salud que, aunque no sé cuál es la función exacta que desarrollan, pienso que son muy útiles.

Entonces, planteo como idea que el Ministerio trabaje en la capacitación de la gente que en el futuro tendrá que resolver en un minuto cómo asiste a una persona que no se sabe por qué está desvanecida, diagnosticando, por lo menos con algún elemento clínico elemental, que la persona sufre un paro cardíaco y no otra cosa porque, si fuera así, se podría provocar una tragedia desde el punto de vista de la responsabilidad, como bien señalaba el señor Diputado Gallo Cantera.

Dejamos tirada esta línea en la Comisión y en conocimiento del doctor Basso. Pensamos que el Ministerio también deberá trabajar en esto. Obviamente, no es el momento de discutir quién se hará cargo de los costos, pero como las empresas públicas y privadas deberán invertir en el entrenamiento de algunos de sus funcionarios, en este momento estoy pensando que también es responsabilidad del Ministerio tener gente entrenada en algunos lugares, porque el beneficio no es para un privado en particular sino para la sociedad en su conjunto.

Estoy reflexionando sobre estas cosas en este momento; honestamente, no lo traía pensado. Por ejemplo, si en un espectáculo deportivo privado -porque es organizado por un particular para obtener lucro con las entradas pero, por definición, esos espectáculos son públicos-, con cientos de aficionados, alguna persona sufre un infarto, la responsabilidad de contar con el aparato y con el personal capacitado para manejarlo es de la institución organizadora, a partir de esta ley. Pero creo que también debemos debatir si la responsabilidad de brindar entrenamiento no es también del Estado, de todos nosotros, del Ministerio de Salud Pública -será compartida, probablemente- porque si un ciudadano sufre un evento de este tipo y debe ser asistido, ese hecho trasciende la esfera privada de quien está obteniendo un beneficio por la organización de esa actividad.

Por lo expuesto, más allá de que adelanto mi apoyo absoluto al concepto que inspira este proyecto de ley, adelanto que estos son temas no menores que se van a plantear, además del relativo a los costos, el pago de la capacitación y de los programas.

Hay un último elemento que es la responsabilidad; en ese sentido, comparto lo que manifestó el Diputado Gallo Cantera. Adelantándonos a los acontecimientos -y no siendo abogados- pienso que en un escenario ideal, con la población entrenada, con trabajadores de cada uno de esos lugares debidamente preparados, entrenados, supervisados, dirigidos y con un seguimiento permanente, con un Ministerio de Salud Pública que haya dictado la normativa sobre cómo se debe actuar, habrá una exoneración de responsabilidades. Cuando uno tiene un sistema montado en un escenario ideal, si ocurre un error -que puede ser el más típico que estaremos pensando los médicos: que una persona pierda el conocimiento por otra patología que no sea un paro- y si se demuestra que eso excede en absoluto al más entrenado de los no médicos, presuponemos que en ese caso prima la voluntad de haber querido asistir. Precisamente, lo que está penado en el Código Penal es la omisión de asistencia, y no solo en el caso de los médicos sino de toda la población. En este caso, obviamente el entrenamiento de quien asistió no es el de diez años que tiene un médico entre su formación básica y de posgrado. Entonces, creo que todo eso va a quedar subsanado en lo jurídico en un escenario ideal.

Trabajemos en ese sentido, porque si hay algo que no podemos hacer es discutir la utilidad de estos adelantos tecnológicos -impensados hace nada más que veinte o treinta años- en el mundo actual. Cuando algo cambia, cambia; estos avances existen y no nos vamos a oponer a que algo que está sistematizado e implementado en el mundo entero se adapte a nuestro país, con nuestros modestos recursos y de acuerdo a cómo somos nosotros.

SEÑOR GALLO CANTERA.- En los últimos dos años hemos visto eventos mundiales televisados, como campeonatos del mundo, y deportistas de primer nivel y de altísima competencia han hecho paros cardíacos. No importa el motivo, pero los hemos visto morir en un campo de fútbol, sin una asistencia correcta. En el campeonato del mundo, en los estadios no había una ambulancia -como

ocurre en nuestro Estadio Centenario- con un equipamiento que pudiera brindar una resucitación al jugador.

Hace muy pocos días en España sucedió lo mismo. Entubaron a un jugador en el vestuario, después de que debieron llamar a una emergencia móvil de afuera. Estas son cosas increíbles.

Por suerte en nuestro país, no sé si por algún decreto del Poder Ejecutivo o por qué razón, en los eventos de la Asociación Uruguaya de Fútbol, en cada escenario debe haber una emergencia móvil, dentro de la cancha, por si fuera necesaria la resucitación de un jugador de fútbol.

SEÑOR BARREIRO.- Agradezco las expresiones del doctor Basso, quien ha explicado mucho este tema, pero hay una cuestión que todavía no me ha quedado clara. Cuando se habla de que, dadas ciertas circunstancias, estos aparatos realmente demuestran tener adecuado costo-efectividad, me resulta bastante difícil relacionar el costo con el beneficio en esos casos. Uno puede pensar que alcanzaría con salvar una vida para que el costo ya fuera razonable. Entonces, ¿qué parámetros se toman para evaluar el costo-beneficio?

SEÑOR BASSO.- A veces a los médicos nos cuesta manejar la temática costo-efectividad; en realidad, ese asunto en la salud es sumamente importante. Daría para un análisis en profundidad el tema costo-efectividad en tecnología y en medicamentos. Tanto es así que ahora, junto con el Fondo Nacional de Recursos, tenemos un convenio con el Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria de la Argentina -que trabaja desde hace tiempo en estos temas- justamente para resolver, en el marco de la reforma, sobre unos trescientos procedimientos que realizan algunas de las instituciones de salud, que no están cubiertas por la famosa paramétrica de la cuota salud y que ellas aspiran a que se incorporen en las metas prestacionales financiadas por el FONASA. Para cada una de esas técnicas y de esos procedimientos hay suficiente material y literatura que analiza el costo-efectividad, tanto en el caso de los equipos como de los medicamentos. Se trata de una técnica vinculada al concepto de economía para la salud, aspecto muy en boga en estos tiempos.

En definitiva, todos los médicos nos vamos aproximando a estos temas, porque se utiliza una metodología que consiste en analizar todos los escenarios, las alternativas y las incertidumbres posibles para llegar a una conclusión sobre la relación costo-efectividad.

SEÑOR PRESIDENTE.- Este es un buen proyecto y tengo la impresión de que la instalación de estos aparatos va a vehiculizar lo que creo es lo más importante de todo: que en los lugares en que hay concurrencia masiva de gente exista personal entrenado en soporte vital básico. A diferencia de la mayoría de los países de donde deben haber salido los estudios que muy bien presentaba el doctor Basso, Uruguay tiene una de las mayores redes del mundo de emergencias móviles y de las más efectivas. En nuestro país hay médicos en las ambulancias, lo cual para nosotros es lo más común, pero en la mayor parte de los países del Primer Mundo son paramédicos. Allí prima el concepto de que el soporte vital básico ha de realizarse por paramédicos y después el paciente se trata donde el enfermo es trasladado. Capaz que Lady Di no se habría muerto si su accidente hubiese sido en el túnel de 8 de Octubre.

Algo muy efectivo sería que en nuestro país, en el lugar donde alguien hace un paro, hubiera una persona con el entrenamiento básico y mínimo para dar soporte vital. Los que somos médicos sabemos que un procedimiento de respiración boca a boca bien realizado y un masaje cardíaco, oxigenan el 70% o el 80% de lo que normalmente oxigenamos, y eso es suficiente para que la persona que tuvo un paro se mantenga con vida durante los 5, 6 u 8 minutos que demora en llegar el personal entrenado, salvo que viva en Paso del Alambre.

Además, quienes hemos hecho emergencias, sabemos que el uso del cardiodesfibrilador no implica que en la primera patada el paciente retome su actividad cardíaca normal. Muchas veces hemos estado reanimando durante 30 o 40 minutos y resulta que en la última patada que propinamos, cuando ya decimos "esta y no va más", el paciente retoma el ritmo cardíaco; a todos nos ha pasado.

Entonces, además de la importancia de que existan estos aparatos en los lugares de concurrencia masiva, seguramente esa va a ser la gran excusa para que en todos lados haya alguien con suficiente entrenamiento, para que quien hace un paro tenga el soporte vital correspondiente hasta que llegue un médico. Con seguridad serán más los que se van a salvar porque el personal esté entrenado en función de la existencia del cardiodesfibrilador automático, que aquellos cuya situación pueda ser revertida por el propio aparato en ese momento.

Así que me parece que este es un buen proyecto que, además, nos va a obligar a que existan los controles adecuados. En ese sentido, creo que el entrenamiento debe ser supervisado por el Ministerio. Seguramente, tanto la disponibilidad como el control de los aparatos, en los hechos terminarán siendo tercerizados; no se encargarán de esto directamente los administradores de los aeropuertos o los dueños de los "shopping", sino las empresas que ya prestan cobertura, porque la mayor parte de estos espacios en nuestro país tienen convenio con las emergencias móviles. Entonces, ellas serán las que realicen los controles y el entrenamiento.

SEÑOR GALLO CANTERA.- Quisiera relatar una experiencia personal muy rica, que sigo viviendo, relativa al entrenamiento a jóvenes escolares y liceales de mi departamento, a través de una emergencia móvil y de una institución de asistencia médica colectiva. Semanal o quincenalmente vamos a dar RCP básica y vemos el interés que pone la juventud en este sentido. Entonces, si empezamos a inculcar a los niños este entrenamiento, dentro de 4, 5 o 10 años, gran parte de la población va a poder resucitar a un paciente en esas circunstancias.

SEÑOR ASQUETA SÓÑORA.- Quiero expresar mi satisfacción por esta discusión que se ha dado. Creo que las palabras del señor Presidente resumieron todo lo que se ha dicho, en torno a la necesidad de que la comunidad esté entrenada, instruida, organizada y con una conciencia colectiva importante.

Finalmente, voy a dejar una anécdota. Hace dos días, en un partido de básquetbol -que todos ustedes verán en los informativos, porque ahora se cubre con importantes espacios este hermoso deporte, que por primera vez en la historia tiene a mi cuadro, Malvín, como último campeón- un jugador se dio un tremendo golpe en la cabeza en una mala caída y quedó inconsciente. Luego, entre los tantos comentarios, escuché a un periodista, muy bien intencionado, que se preguntaba si no tendría que haber un equipamiento de emergencia. Adviértase que en los partidos de básquetbol hay un promedio de mil personas, y en algunos hay dos mil quinientas o tres mil; ahora va a haber cinco mil personas en el Palacio Peñarol. En este sentido, debemos ser cuidadosos; no podemos hipertrofiar las cosas.

El Diputado Barreiro preguntaba acerca del costo-efectividad. Al respecto, probablemente con el entrenamiento a integrantes de cuerpos deportivos o de otros sectores de la sociedad, se logre no caer en la exorbitancia de pedir todo para todos y en todo momento, lo que haría que la ecuación costo-beneficio se partiera en varios pedazos. Entonces, si tenemos bien entrenado al personal de las instituciones deportivas o de los distintos lugares públicos, se podrán resolver las situaciones hasta que lleguen los equipos de emergencia que, como bien se dijo, en nuestro país demoran generalmente menos de 5 minutos.

Este es un comentario anecdótico para comprender que a veces hay situaciones que podemos resolver con una sociedad muy pequeña, como la uruguaya, bien entrenada, calificada y con mucho sentido común.

SEÑOR PRESIDENTE.- Agradecemos la presencia del doctor Jorge Basso, con quien nos mantendremos en contacto.